**Developmental-Behavioral Pediatrics Questionnaire for New Patient**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre De Persona Que Completo El Cuestionario:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación Con El Niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electronico (Email):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN:** | |
| **Informacion** |  |
| Nombre de paciente |  |
| Fecha de nacimiento |  |
| Dirección del paciente |  |
| Nombre de Padre 1 o Guardian Legal y número de teléfono |  |
| Nombre de Padre 2 o Guardian Legal y número de teléfono |  |
| Nombre del Pediatra |  |
| Nombre del médico de referencia |  |
| Escuela o el nombre de programa |  |
| Nombre del profesor y grado |  |
| La persona de contacto de la escuela |  |

**PREOCUPACIONES:**

Cuál es su principal preocupación?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A qué edad comenzó el problema? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cómo podemos ayudarle? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qué otros problemas tienen sobre el comportamiento o desarrollo?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El niño ha sido previamente evaluado en relación con este problema o problemas relacionados con el desarrollo, el comportamiento o la educación? ☐ Si / ☐ No

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Quien completó la evaluación** |  | **Fecha** | **Resultados de la evaluación** |
| Intervención Temprana o Centro Regional | ☐ Si / ☐ No |  |  |
| Escuela o Equipo IEP | ☐ Si / ☐ No |  |  |
| El Psicólogo | ☐ Si / ☐ No |  |  |
| Especialista en Educación | ☐ Si / ☐ No |  |  |
| Therapista | ☐ Si / ☐ No |  |  |
| Otro: |  |  |  |
| Otro: |  |  |  |

El niño tuevo retrasos en el desarrollo temprano? ☐ Si / ☐ No

El niño alguna vez muestran regresión o perder habilidades que anteriormente tenían? ☐ Si / ☐ No

**Cuántos años tenía el niño cuando aparecieron las siguientes habilidades?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Destreza** | **la edad** | **Comentario** |
| Sentado sin ayuda |  |  |
| Caminar |  |  |
| Decir las primeras palabras |  |  |
| Hacer frases de 2 palabras |  |  |
| Usar el baño durante el día |  |  |
| Mostrando juego de fingimiento o imaginario |  |  |
| Aprender Letras y números |  |  |
| Aprender a leer |  |  |

**FUNCIONAMIENTO ADAPTATIVO:**

Cuáles son las cosas que su niño le gusta hacer? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuáles son las fortalezas del niño? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qué nueva habilidad (es) ha aprendido el niño en el último año?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qué habilidad (es) ha luchado el niño para aprender en el último año, a pesar de tentativas en la enseñanza? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor díganos cómo este niño se compara con otros niños de la misma edad?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Compruebe la última columna si no estás seguro o el niño es demasiado pequeño o que la habilidad.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Área de desarrollo** | **Mucho Retrasado** | **Poco Retrasado** | **Igual Que Los Demás** | **Un Poco Adelante** | **Mucho Adente** | **No Estoy Seguro / Demasiado Joven** |
| Aprendiendo |  |  |  |  |  |  |
| La Lectura |  |  |  |  |  |  |
| La Escritura |  |  |  |  |  |  |
| Matemáticas |  |  |  |  |  |  |
| La Ciencia |  |  |  |  |  |  |
| Estudios Sociales |  |  |  |  |  |  |
| Arte |  |  |  |  |  |  |
| Música |  |  |  |  |  |  |
| Manejo de tareas y demandas |  |  |  |  |  |  |
| Comunicación o hablar |  |  |  |  |  |  |
| Entender dirección de la comprensión |  |  |  |  |  |  |
| A pie o en movilidad |  |  |  |  |  |  |
| Atletismo o deportes |  |  |  |  |  |  |
| Capacidad de utilizar las manos y los dedos |  |  |  |  |  |  |
| Cuidar de sí mismo, como vestirse, bañarse, etc… |  |  |  |  |  |  |
| Relativas a la familia de cierre |  |  |  |  |  |  |
| Relacionarse con adultos |  |  |  |  |  |  |
| Relacionarse con otros niños |  |  |  |  |  |  |

**Tiene preocupaciones en alguna de las áreas siguientes?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Area** |  | **Describir** |
| Comer, alimentación, la nutrición, incluyendo dieta limitada | ☐ Si / ☐ No |  |
| Usar el sanitario, incluidos los problemas de orina o heces? | ☐ Si / ☐ No |  |
| Dormir, incluso dificultad con dormirse o ronquidos | ☐ Si / ☐ No |  |
| Intereses intensos o inusuales | ☐ Si / ☐ No |  |
| Comportamientos repetitivos | ☐ Si / ☐ No |  |
| Otro: | ☐ Si / ☐ No |  |
| Otro: | ☐ Si / ☐ No |  |

**Por favor, indique los servicios que su niño recibe o ha recibido anteriormente:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Servicios** | **Edad cuando comenzo** | **Proveedor** | **Comentario** |
| Guardería o Preescolar |  |  |  |
| Intervención Temprana, IFSP |  |  |  |
| Terapia de Lenguaje |  |  |  |
| Terapia Ocupacional |  |  |  |
| Fisioterapia |  |  |  |
| Análisis Behaviorístico Aplicado, ABA |  |  |  |
| Educación General |  |  |  |
| Educación Especial, IEP |  |  |  |
| Servicios de Salud Mental |  |  |  |
| Centro Regional (Más de 3 años) |  |  |  |
| Otro: |  |  |  |

**NACIMIENTO PASADO E HISTORIAL MÉDICO:**

Fue nacido el niño cerca del vencimiento (en el término?) ☐ Si / ☐ No Si no, cuántas semanas de gestación al nacer? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuánto peso cuando nacio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ La edad de la madre cuando nacio el nino? \_\_\_\_ Cuántas veces la madre ha estado embarazada? \_\_\_\_ Qué orden de nacimiento era este niño? \_\_\_\_\_ Es este niño a gemelos o trillizos? ☐ Si / ☐ No Nombre de gemelo (s):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Problemas durante el embarazo o el parto?? ☐ Si / ☐ No Si? describir:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trataron al niño en la unidad de cuidados intensivos? ☐ Si / ☐ No Si? describir: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alguna vez su nino?** | **Fecha** | **Razon Y Resultado** |
| Ha estado al servicio de emergencia |  |  |
| Estuvo hospitalizado |  |  |
| Tiene condiciones médicas crónicas |  |  |
| Tuvo un accidente grave |  |  |
| Lo operaron |  |  |
| **Alguna vez su nino ha sido evaluado para** |  | **Fecha de evaluación** |
| El oído | ☐ Si / ☐ No |  |
| Visión (Ojos) | ☐ Si / ☐ No |  |
| Condición Genética | ☐ Si / ☐ No |  |
| Afecciones neurológicas, como convulsiones | ☐ Si / ☐ No |  |
| Otro: | ☐ Si / ☐ No |  |

**MEDICAMENTOS:**

|  |
| --- |
| Lista de todos los medicamentos que el niño está teniendo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cualquier tratamiento complementario o alternativo, que el niño usa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ALERGIA:**

El niño tiene alergias? ☐ Si / ☐ No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL:**

¿Es el niño adoptado? ¿☐ Sí ☐ No están los padres divorciados o separados? Sí ☐ / ☐ No ¿Ha su familia ha tenido un significativo estrés, trauma o pérdida que usted piensa que puede han impactado al niño? ☐ Sí / ☐ No por favor, describa brevemente ¿qué, Cuándo, y es sobre o curso?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cualquier información sobre su familia le gustaría compartir? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Quién es en tu familia?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miembro de la familia** | **Vive en casa** | **Edad** | **Nombre** | **Educación** | **Ocupación** |
| Padre 1 | ☐ Si / ☐ No |  |  |  |  |
| Padre 2 | ☐ Si / ☐ No |  |  |  |  |
| Hermano 1 | ☐ Si / ☐ No |  |  |  |  |
| Hermano 2 | ☐ Si / ☐ No |  |  |  |  |
| Hermano 3 | ☐ Si / ☐ No |  |  |  |  |
| Otro: | ☐ Si / ☐ No |  |  |  |  |
| Otro: | ☐ Si / ☐ No |  |  |  |  |
| Otro: | ☐ Si / ☐ No |  |  |  |  |
| Otro: | ☐ Si / ☐ No |  |  |  |  |

**ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES:**

**¿Alguien en la familia tiene (o tenía) cualquiera de las siguientes condiciones?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [**La**](http://www.spanishdict.com/translate/la)[**Condición**](http://www.spanishdict.com/translate/condici%C3%B3n) |  | **¿Que miembro de la familia?** |
| Retrasos en el desarrollo | ☐ Si / ☐ No |  |
| Retrasos en el lenguaje/habló a finales de la edad | ☐ Si / ☐ No |  |
| Problemas de aprendizaje, como dislexia o mala lectura | ☐ Si / ☐ No |  |
| Retraso Global de discapacidad intelectual | ☐ Si / ☐ No |  |
| Autismo | ☐ Si / ☐ No |  |
| Déficit de atención (ADHD) | ☐ Si / ☐ No |  |
| Depresión o ansiedad, incluido el suicidio) | ☐ Si / ☐ No |  |
| Esquizofrenia o trastorno bipolar | ☐ Si / ☐ No |  |
| Un tic nervioso o el síndrome de Tourette | ☐ Si / ☐ No |  |
| Trastorno genético o defecto congénito | ☐ Si / ☐ No |  |
| Convulsiones o epilepsia | ☐ Si / ☐ No |  |
| Adicción o alcoholismo | ☐ Si / ☐ No |  |
| Enfermedades cardíacas, incluyendo muerte súbita | ☐ Si / ☐ No |  |
| Otro: | ☐ Si / ☐ No |  |
| Otro: | ☐ Si / ☐ No |  |

**REVISIÓN DE SÍNTOMAS:**

**Que no sea la información que ya ha proporcionado, el niño tiene otras condiciones?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Condición o el cuerpo área o función** |  | [**Describir**](http://www.spanishdict.com/translate/describir) |
| Salud general, como nivel de energía, dificultad ganando peso o sobrepeso | ☐ Si / ☐ No |  |
| Ojos o visión | ☐ Si / ☐ No |  |
| Orejas o audiencia | ☐ Si / ☐ No |  |
| Boca o los dientes | ☐ Si / ☐ No |  |
| Respiración o respiración, como asma | ☐ Si / ☐ No |  |
| Corazón o cardiovasculares/circulación | ☐ Si / ☐ No |  |
| Digestión/deposiciones o vómitos recurrentes gastrointestinales, incluyendo | ☐ Si / ☐ No |  |
| Eliminación/orina/orinar o genitourinario | ☐ Si / ☐ No |  |
| Músculos/huesos o lesiones músculo- esqueléticas | ☐ Si / ☐ No |  |
| Nervios, cerebro o neurológica, como mirar fijamente hechizos, agitación o convulsiones | ☐ Si / ☐ No |  |
| De la piel, incluyendo eccema, marcas de nacimiento o erupciones | ☐ Si / ☐ No |  |
| Alergia o inmunológicos | ☐ Si / ☐ No |  |
| Sistema endocrino u hormonas | ☐ Si / ☐ No |  |
| Sangre o hematológico | ☐ Si / ☐ No |  |
| Salud mental o psiquiátrica | ☐ Si / ☐ No |  |
| Comportamiento, incluyendo mentir, robar, ajuste de incendios, o la crueldad a los animales | ☐ Si / ☐ No |  |

**INFORMACIÓN ADICIONAL:**

Hay algo más que quisiera saber antes de la visita del niño?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gracias por completar este formulario!**

**Por favor devuelva el formulario por correo, Fax, o correo electrónico a:**

**Stanford Children’s Referral Center**

4700 Bohannon Drive, Menlo Park, CA 94025

Office #: 800-995-5724

Fax #: 650-721-2884